

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

825

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Schmiel WEINBERG

Né le 28 mai 1909, à Tarnopol (Pologne)

LE LUPUS ÉRYTHÉMATEUX
DISSÉMINÉ
SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Schmiel WEINBERG

Né le 28 mai 1909, à Taruopol (Pologne)

LE LUPUS ÉRYTHÉMATEUX
DISSÉMINÉ
SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
	LAINÉL-LAVASTINE
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBRÉDANNE.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE.....Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.).. Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD....Parasitologie.
 GARCIN.....Pathologie médicale.
 M^U GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^U J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN.... Pathologie médicale.
 PATEL..... Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 RENARD.....Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIÈVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ.....		BROCQ	
CATHALA		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER...	
CHEVALLIER ...		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY.....	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

JE DÉDIE CETTE THÈSE

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI GOUGEROT

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. TOURAINE

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a inspiré cette thèse et guidé
de ses précieux conseils.*

*Nous l'assurons de notre respectueuse
reconnaissance.*

LE LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DISSÉMINÉ SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont été consacrés à l'étude du lupus érythémateux. Cette affection cutanée, caractérisée par des plaques rouges, recouvertes des squames adhérentes et ayant une tendance marquée à l'atrophie se localise le plus souvent au dos du nez, les joues, les tempes, le front, le cuir chevelu. Ce sont des localisations habituelles.

Les formes diffuses du lupus érythémateux ne sont pas fréquentes et il est rare de le voir se développer à la fois sur le visage, le cou et envahir même la plante des pieds.

On connaît cependant la forme exanthématique, mais celle-ci est une forme fébrile, aiguë et grave.

Par contre, il existe un type spécial du lupus érythémateux disséminé, symétrique des extrémités avec ses localisations si spéciales à la face dorsale des poignets, des mains, la face plantaire des pieds et des orteils joints aux localisations banales de la face et du cuir chevelu.

Ces lupus disséminés se distinguent des lupus érythémateux, aigus ou exanthématiques par leur évolution lente, leur torpidité, l'absence des phénomènes généraux.

La notion de cette forme disséminée des extrémités du lupus érythémateux est chose récente. Le mérite de l'avoir isolé revient à notre Maître le Docteur Touraine. Cette forme de lupus érythémateux nous a parue intéressante et sur le conseil de notre Maître le Docteur Touraine nous avons eu l'idée de la choisir pour sujet de notre thèse.

Nous avons groupé quelques observations ayant trait à la forme disséminée des extrémités du lupus érythémateux déjà publiées dans la littérature médicale et en avons fait une étude d'ensemble (toutes nos observations montrent bien qu'il s'agit d'un type spécial de lupus érythémateux).

Ayant ainsi délimité notre sujet nous nous proposons de donner une courte description du lupus érythémateux en général, d'insister surtout sur la forme disséminée des extrémités du lupus érythémateux et de l'étudier au point de vue clinique, anatomo-pathologique et thérapeutique. Nous essaierons d'en tirer des conclusions.

Nous tenons à remercier ici M. le Docteur Touraine, médecin des Hôpitaux de Paris d'avoir inspiré et guidé cette thèse et nous voulons lui exprimer toute notre reconnaissance.

HISTORIQUE

1° **Lupus érythémateux en général.**

C'est incontestablement Roger qui le premier entrevit le lupus érythémateux et le décrivit dans les deux éditions de son *Traité théorique et pratique des maladies de la peau* (1827-1835) sous le nom de « flux sébacé » maladie spéciale des follicules sébacés.

Cazenave, en 1856, donne à l'érythème centrifuge décrit par Bielt (en 1828), le nom de lupus érythémateux.

2° **Lupus érythémateux systématisé :**

Depuis les travaux se sont succédés et jusqu'à la fin du XIX^e siècle on savait que le lupus érythémateux se localise le plus souvent à la face et sur le cuir chevelu on n'avait pas mentionné d'autres localisations.

En 1899, Du Castel présente pour la première fois à la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie un cas très curieux de lupus érythémateux généralisé avec maxima des lésions au niveau de la face des mains et des pieds.

Dans le *British Journal of Dermatology* de 1907, on trouve un cas observé en janvier 1851 par Malcolm-Morris : très grave lupus érythémateux de la face, des mains et des pieds datant de 14 ans chez une femme de 64 ans. Les lésions des extrémités étaient très aggravées par le froid.

En 1919, MM. Parin et Perin (dans le Service du Dr Darier) présentent à la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie un cas de lupus érythémateux plantaire. Quelques cas analogues ont été observés par les auteurs étrangers : on en connaît une quinzaine de cas.

En 1933, notre maître, le Dr Touraine, publie le 11 mai 1933 un cas du *lupus érythémateux symétrique disséminé de la tête, des mains et des pieds*.

Tout récemment, le 12 mai 1938, notre maître, le Dr Touraine et M. Solente, présentent un 2^e cas de lupus érythémateux facio-planto-dorso-manuel.

A ces lupus anormaux, par leur extension, par leur atteinte simultanée de la face dorsale des mains et la plante des pieds, on a donné le nom de : *disséminés symétriques* (Dr Touraine). Ils peuvent par leurs localisations se diviser en deux groupes :

Dans le premier, le *disséminé non symétrique*, les éléments se disséminent sur le corps, *sans orientation précise*, au hasard : la tête est cependant toujours et initialement intéressée. Citons, par exemple, les observations de Schmidt, en 1935 (face, jambe et bras droit), de Gaté et Michel en 1929 (face, jambe et pied

droit), Sibley, en 1929 (tête, dos, poitrine, mains), de Schiller et Schlegelmich, en 1930 (tête, cou, dos, abdomen, bras), Wende (tout le corps), Schamberg (300 éléments sur tout le corps), de Rosen (tête, épaules, sacrum, paumes des mains), de Spilmann (tête, cou, membres).

Le deuxième groupe, *le disséminé symétrique*, est constitué par des lupus érythémateux dont les éléments sont disposés symétriquement à la tête et aux extrémités. La face est toujours la première et la plus intéressée, mais par la suite, les éléments atteignent le dos des mains et des doigts, la plante des pieds et respectent toutes les autres parties du corps. Cette systématisation est très nette dans nos observations.

C'est nanti de ces quelques notions théoriques que nous allons maintenant aborder l'étude clinique du lupus érythémateux disséminé avec des localisations *symétriques*, spéciales au dos des mains et à la face plantaire des pieds et des orteils.

ÉTUDE CLINIQUE

Le lupus érythémateux indépendamment de ses localisations est constitué essentiellement par des plaques d'un rose rouge ou livide, parfois disséminées au hasard et siégeant principalement au visage. Cet érythème traduit les lésions conjonctives et vasculaires qui constituent le symptôme essentiel et constant de l'affection. Dans quelques cas, en effet, cette rougeur congestive diffuse résume toute la symptomatologie. La teinte rouge ou rose, ou rose violacé, est uniforme et l'on n'y distingue aucune dilatation capillaire visible à l'œil nu. Cet érythème s'atténue brusquement ou progressivement au bord des taches. Il s'efface à peu près complètement sous la vitro-pression. Dans d'autres cas très fréquents, l'érythème s'accompagne de fines varicosités d'un réseau capillaire superficiel qui parcourt sa surface. Lorsque l'hyperkératose se surajoute à l'érythème et recouvre la surface des plaques d'un enduit squameux ou d'une espèce plâtreuse, la congestion est marquée et c'est à la périphérie des plaques que l'on retrouve les lésions vasculaires. Ce sont des lésions d'extension. On observe en bordure des placards un

liséré érythémateux de quelques millimètres de large légèrement infiltré, présentant de fines arborisations vasculaires des capillaires ectasiés sinueux, des ectasies punctiformes, des fines hémorragies.

L'état squameux est très spécial, mais très variable dans son degré. Dans les cas typiques on constate une hyperkératose fort adhérente, plus ou moins continue, formée de lamelles fines ou de lames stratifiées, sèches plutôt que grasses.

L'infiltration est très peu marqué et consiste d'ordinaire en une légère turgescence des bords de la tache, le centre étant au contraire déprimé. L'induration cartonnée ou l'élevure discoïde des placards sont exceptionnelles.

L'atrophie cicatricielle est caractéristique, elle résulte d'une résorption sans ulcération d'une partie du derme et de l'infiltrat. Quand elle est légère et superficielle elle se traduit par un délicat réseau scléreux blanc à mailles punctiformes, grisâtres ou par une plaque mince et souple, peu apparente, d'ordinaire elle est déprimée, d'un blanc nacré, légèrement indurée ; les types profonds des lupus érythémateux laissent une tache scléreuse blanche dépourvue de poils et de glandes, quelquefois squameuse ou pigmentée.

La sensibilité des taches de lupus érythémateux, au toucher, à la pression et surtout au grattage est un symptôme assez constant pour mériter d'être signalé.

Mais il faut savoir que, dans la majorité des cas, les caractères sont peu accusés ou mixtes, aussi se

base-t-on au moins autant sur l'évolution que sur la morphologie pour décrire les variétés suivantes :

A. — Lupus érythémateux fixe ou discoïde.

Il débute par une ou plusieurs taches congestives, peu infiltrées, bientôt couvertes de squames adhérentes s'agrandissant lentement en taches d'huiles ; leur durée se compte par années.

L'hyperkératose et l'infiltration sont généralement très marquées. La cicatrice consécutive est très atrophique. Le lupus érythémateux fixe occupe de préférence les joues, le dos du nez, les tempes, les oreilles, le front, le cuir chevelu, le cou, plus rarement le dos des mains. Il est tout à fait exceptionnel à la face plantaire des pieds.

B. — Le lupus érythémateux migrans
ou érythème centrifuge de Bielt.

La tendance à la symétrie, à l'envahissement des oreilles et des mains est bien plus marquée dans le lupus migrans.

Les taches rosées initiales grandissent en quelques semaines, ont souvent des bords relevés, ce qui est dû à une infiltration molle et un centre déprimé, elles peuvent confluer en nappes étendues. La desquamation pityriasiforme ou psoriasiforme ou séborrhéiforme est modérée.

L'affection procède par poussées, coupées par de

longues périodes d'état stationnaire. Après guérison, la cicatrice peut être très peu apparente.

C. — **Lupus érythémateux exanthématique.**

Sous ce nom on décrit diverses tuberculides érythémateuses assez rares, caractérisées par des taches d'un rouge lilacé, finement squameuses, centrifuges, et confluent en nappes. Elles peuvent en deux ou trois semaines s'étendre, de la face et des mains au cou, au tronc et aux membres. Il existe une forme aiguë, décrite par Kaposi, et observée surtout chez de jeunes femmes, soit déjà atteintes du lupus érythémateux fixe de la face, soit d'emblée. L'évolution est rapide, fébrile, avec arthralgies, albuminurie et phénomènes généraux graves et conduit presque constamment à la mort, en quelques semaines, en quelques mois, par septicémie, toxémie ou par lésions de l'appareil respiratoire, ou des reins, ou des méninges. Dans le lupus érythémateux exanthématique aigu, la tendance atrophiante fait généralement défaut.

D. — **Forme disséminée symétrique des extrémités du lupus érythémateux.**

Après avoir décrit les lésions du lupus érythémateux en général, après avoir énuméré les formes cliniques, nous allons insister maintenant surtout sur le *lupus érythémateux disséminé* avec des localisations symétriques si spéciales au dos des mains et de la face plantaire des pieds. Il s'agit le plus souvent du lupus

érythémateux symétrique dans sa forme chronique. Il existe au dos des mains et des doigts et à la face plantaire des pieds et des orteils en même temps qu'à la face et se distingue du lupus érythémateux aigu ou exanthématique par son évolution lente et absence des phénomènes généraux, l'affection est particulièrement bénigne au point de vue général.

Ces lupus érythémateux disséminés peuvent par leur localisation se diviser en deux groupes.

Dans le premier, les éléments se disséminent sur le corps *sans orientation précise* au hasard, la tête est cependant toujours et initialement intéressée (p. ex. obs. de Gaté et Michel : visage, cou ; de Spilmann : tête, membres).

Le deuxième groupe est constitué par des lupus érythémateux dont les éléments sont disposés *symétriquement* à la tête et aux extrémités. La face est toujours la plus intéressée mais par la suite, les éléments atteignent le dos des mains et des doigts, la plante des pieds et des orteils et respectent toutes les autres parties du corps. Cette systématisation est très nette dans les observations que nous rapportons plus loin ; elle a été observée par notre Maître le Dr Tournaine qui l'a isolée sous le nom de *forme disséminée symétrique des extrémités du lupus érythémateux*.

Au niveau des mains et des doigts les éléments disséminés du lupus érythémateux revêtent également des aspects divers. Ils peuvent être distribués sur le *dos de la main*, les articulations métacarpo-phalangiennes, le dos des phalanges, en taches érythéma-

teuses de la grandeur d'un pois vert à celle d'une pièce de 50 centimes (et plus importantes encore sur le dos de la main), assez bien limitées, vaguement arrondies ou irrégulières de forme, de couleur rouge violacée, présentant parfois au centre un enduit squameux. C'est alors l'aspect typique, classique du *lupus érythémateux*.

Aux pieds, la topographie est inverse, tous les éléments s'observent à la *face plantaire*, au niveau de pression, avec une remarquable symétrie. La face plantaire y compris celle des orteils est le siège d'une infiltration érythémateuse diffuse qui envahit aussi le talon. A noter que ces *lupus érythémateux* localisés aux dos des mains et à la plante des pieds sont très kératosiques. Il s'agit d'un épaissement de la souche cornée dû à un processus bien défini. Le plus souvent on est en présence d'une hyperkératose fort adhérente, plus ou moins continue, formée de lamelles fines ou de lames stratifiées, plutôt sèches, d'un blanc sale ou plâtreuses, qui sont souvent comme enchâssées dans une dépression de l'épiderme.

De la topographie mentionnée ci-dessus résulte que le *lupus érythémateux* chronique, connu sous le nom de « *lupus diffus* », ou « *lupus généralisé* » (Schmidt), a une forte tendance à se localiser aux extrémités du corps (visage, mains, pieds), systématiquement ou presque. Le visage est presque toujours atteint ; en deuxième ligne viennent le cuir chevelu et le dos des mains ; enttroisième ligne la plante des pieds. Les éléments ne sont, en effet, jamais répandus sur

toute la surface des téguments ; ils conservent toujours une limite nette et restent bien circonscrits. Il est donc logique de décrire ces lupus diffus ou généralisés sous le nom de : *forme disséminée symétrique des extrémités du lupus érythémateux* .

Quant au diagnostic du lupus érythémateux au niveau des mains et des pieds il peut offrir dans nombre de cas d'assez grandes difficultés.

Les différents symptômes vasculaires, épithéliaux cicatriciels de l'affection peuvent, en effet, s'atténuer, s'estomper, se dégrader vers des frontières indécises et risquer d'exposer à la confusion avec d'autres dermatoses plus ou moins voisines comme aspect mais totalement différents comme nature et pronostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (due à l'obligeance de MM. les D^{rs} Touraine et Solente).

Lupus érythémateux disséminé symétrique. Localisation plantaire.

D... Louise, âgée de 35 ans, présente un vaste lupus à plaques multiples et à disposition approximativement symétrique. Le début s'est fait par le dos des mains et des doigts. Il remonte à des années sans qu'on puisse préciser davantage. Des engelures de l'enfance l'avaient précédé. Les énormes lésions faciales existantes auraient débuté sur les os propres du nez en mai 1933. C'est en 1937 que seraient apparues les premières taches du corps.

Actuellement nous relevons : sur le visage, un vaste érythème vespertilio, occupant toute l'étendue du nez, entourant les yeux, touchant leur angle interne, laissant une bordure d'1/2 cm. au-dessous du bord de la paupière inférieure, s'étendant sur les tempes, les pommettes et s'arrêtant environ 6 cm. au-devant de l'oreille, tandis qu'il descend jusqu'à la lèvre supérieure en deux presque îles que sépare la gouttière infranasale et qui empiètent légèrement sur la semi-muqueuse de la lèvre supérieure.

Cette nappe caractéristique, avec sa bordure plus rouge

et un peu relevée, ses squames adhérentes, épaisses sur le lobule du nez, sa ponctuation cornée et certaines plages atrophiques qui s'y rencontrent. Une autre nappe analogue occupe toute la partie moyenne et gauche du front. Il existe également dans le cuir chevelu d'assez larges plaques érythémato-squameuses et atrophiques.

Sur la face dorsale des mains, les lésions plus anciennes ont un aspect différent. Elles siègent surtout sur les seconde et première phalanges des 4 derniers doigts. Ce sont des lésions rose violacé atrophiques avec quelques places de ponctuation cornée.

D'autres taches, petites, existent sur le corps et les membres. L'une trapézoïdale de quelques centimètres sur la face externe du bras droit ; lenticulaires ou d'environ 1 cm. de diamètre le long du cubitus droit. L'une d'elles est d'origine traumatique. L'avant-bras gauche présente avec une singulière symétrie de taches atrophiques pareillement disposées, traces mélanodermiques des plaques anciennes.

Sur le tronc, une place lenticulaire atrophique semblable se trouve à gauche de la 2^e dorsale. Sur le manubrium deux taches en activité de la taille respective d'une pièce de deux et cinq francs. Aux membres inférieurs à la pointe des deux rotules, tache érythémato-squameuse d'environ 1 cm. de diamètre. Les faces dorsales des pieds sont indemnes.

Le point le plus intéressant est l'atteinte plantaire. Sur le pied gauche, les talons antérieurs et postérieurs sont respectivement occupés par une nappe érythémato-cornée et atrophique. Les bords des orteils sont squameux et cornés. Sur la face inférieure du 5^e orteil existe une véritable crête cornée. Cette plage antérieure est interrompue

sur la zone médiane par un espace indemne d'environ 3 cm. de large.

Sur le pied droit, la disposition est la même, sauf une extension un peu plus grande, accusée en avant par la kératose sous-unguénale en arrière par un envahissement du talon jusqu'à la tubérosité du calcanéum.

Dans les antécédents nous relevons que notre malade aurait eu trois érysipèles de la face (notons en particulier que notre précédent malade a présenté un érysipèle indiscutable). Mariée depuis 7 ans, elle a 2 enfants bien portants. Une fausse couche de 3 semaines est à noter. La sérologie est négative au point de vue syphilis. D'autre part, malgré l'absence de toux et d'expectoration et la pauvreté des signes radiologiques (ombres biliaires élargies, petites calcifications sous-claviculaires à droite, accentuation des ombres broncho-vasculaires), il semble qu'une certaine imprégnation tuberculeuse existe. On relève de multiples adénopathies cervicales, axillaires, épitrochléennes, inguinales et l'intradermo-réaction à la tuberculine et nodulaire. Par ailleurs aucun symptôme anormal et les antécédents héréditaires n'apportent aucun renseignement.

OBSERVATION II (MM. les D^{rs} Touraine et Golé).

G... Jean est âgé de 66 ans. Il a toujours travaillé comme manœuvre ; il est d'intelligence assez fruste et ne peut donner que de vagues renseignements sur son passé pathologique et ses antécédents héréditaires.

Il semble cependant que les premiers éléments de lupus érythémateux apparurent, il y a rejet à huit ans, sur le nez, puis symétriquement sur les joues et les oreilles.

Il fit il y a deux ans un premier séjour à Saint-Louis et présentait déjà à cette époque des lésions à la plante des deux pieds.

Depuis deux ans encore, de nouveaux éléments se sont développés aux mains et aux poignets. Leur extension et leur multiplication semblent continuer toujours lentement. On en peut compter aujourd'hui environ quatre-vingt-dix répartis en trois sièges bien distincts, la tête, les mains, les pieds. Il s'agit d'éléments de lupus érythémateux typique à divers stades de leur évolution.

La tête présente une quarantaine d'éléments la plupart isolés, d'autres confluents. Les plus importants sont ceux des ailes du nez, des joues, des deux pavillons de l'oreille. Le bourrelet de ceux-ci s'est atrophié en tissu cicatriciel, à la suite de la première poussée.

Tous ces éléments sont assez rigoureusement symétriques. Sur le cuir chevelu, dont tout le vertex est frappé de calvitie banale, existent 7 à 8 grands éléments, en grande partie atrophiques.

A noter un petit placard sur la zone de Klein, de la lèvre inférieure en son milieu.

Aux mains, les éléments sont confinés à la face dorsale. La paume est intacte. Un premier placard plus étendu du côté droit recouvre, au poignet, toute la styloïde cubitale et l'extrémité inférieure du cubitus. Un autre élément répond à l'extrémité distale de chacun des cinq métacarpiens et s'étend jusqu'à l'articulation de la première phalange avec le métacarpe ; le dernier s'allonge le long du bord interne, cubital, de la face dorsale de la main. Tous ces éléments sont assez fortement squameux.

Les premières phalanges des doigts sont indemnes. Mais sur la deuxième du pouce et la troisième des autres doigts

il existe, à la face dorsale, un élément qui enserre la racine de chaque ongle ; celui-ci ne montre pas de malformation. Enfin, sur la face interne de la deuxième phalange du pouce et le long du bord interne de l'index des bandes de lupus érythémateux répondent aux zones de pression de la pince.

Toutes ces lésions sont symétriques mais un peu plus marquées du côté droit, on en peut compter près d'une trentaine. Aux pieds, la topographie est inverse, aucun élément ne se voit sur la face dorsale, tous affectent la face plantaire, au niveau des surfaces de pression avec une remarquable symétrie. On les trouve en effet occupant tout le talon postérieur, sur la face postérieure duquel ils remontent très légèrement sur les deux talons antérieurs, à la racine du premier et du cinquième orteil. Les deux bases de sustentation sont réunies, l'une à l'autre, par une étroite bande de lupus, vers le bord externe de la voûte placentaire, là où elle appuie sur le sol. La surface de ces éléments est fortement crétacée.

Tous les orteils qui, eux aussi, prennent contact avec le sol présentent un placard à la face inférieure de leur dernière phalange, dans toute la zone de contact. Ce placard est donc nettement plus étendu sous le gros orteil que sous les autres. De chaque côté, le cinquième orteil est légèrement en marteau et relevé ; sa face inférieure est respectée par le lupus. En dehors des mains et des pieds, il n'existe aucune localisation sur le tronc ni sur les membres. Les muqueuses sont intactes. Les extrémités sont donc seules atteintes.

L'état général est assez précaire, c'est un mi-scléreux, depuis longtemps sans travail, sans ressources. La radiographie du thorax a montré quelques opacifications cré-

tacées dans la zone hilaire et dans l'apex gauche. Elle a confirmé l'existence d'une volumineuse dilatation fusiforme de toute l'aorte thoracique avec hypertrophie du ventricule gauche. Les autres viscères paraissent sains. Le malade n'a aucun souvenir d'un accident syphilitique ; il n'est pas marié, n'a pas eu d'enfants et ses cinq frères et sœurs seraient bien portants. Les réactions de Wassermann et de Kahn sont négatives. En pratiquant des intradermo-réactions à la tuberculine, avec des solutions progressivement croissantes au dixième, puis au cinquième, enfin à huit dixième de milligramme, seule la dernière a donné une réaction locale assez faiblement positive, sans phénomènes généraux, sans réactions focales. Dans les premiers jours de son hospitalisation, ce malade a présenté un érysipèle de la face, avec température élevée, subictère, adynamie. Il est actuellement bien rétabli. Enfin une biopsie a porté sur l'élément du poignet droit. Elle a montré les lésions habituelle du lupus érythémateux, forte hyperkératose, atrophie des couches profondes de l'épiderme, infiltrat plasmo-lympho-cytique des couches superficielles du derme. Pas de cellules géantes.

OBSERVATION III (MM. Parin et Perin).

Mme S..., Berthe, 25 ans, ouvrière d'usine est entrée le 25 novembre 1919 à l'Hôpital Saint-Louis, salle Gilbert.

Elle est atteinte de lupus érythémateux fixe et d'apparence absolument classique sur la figure, en papillon sur le dos du nez et les joues, en taches isolées et bien circonscrites sur la lèvre supérieure et derrière l'oreille droite. Elle a de plus des plaques de lupus érythémateux

tout aussi caractéristiques sur le dos des deux mains et sur la face dorsale de plusieurs doigts. Enfin elle présente des lésions plantaires qui seules retiennent notre attention. Les deux plantes sont prises mais la droite est plus atteinte que la gauche ; c'est elle que nous décrirons en premier lieu.

La lésion consiste en une rougeur avec hyperkératose occupant toute la surface d'appui de la plante du pied. Elle est nettement limitée partout, en beaucoup de points la teinte érythémateuse dépasse la zone d'hyperkératose de quelques millimètres à un demi-centimètre. Ce large placard comprend donc le talon antérieur à l'exclusion du sillon digito-plantaire, le bord externe du pied, le talon. En arrière du talon la lésion dépasse la surface plantaire et remonte sur une hauteur de trois centimètres à la face postérieure du calcanéum et de deux centimètres sur sa face externe.

La pulpe des orteils, celle du gros orteil porte un réseau d'atrophie cicatricielle, interrompant nettement les crêtes papillaires ; la couleur en est légèrement lilacée surtout dans les mailles du réseau, l'hyperkératose est peu marquée.

La voûte plantaire est réservée dans toute sa partie interne. Le dos du pied et la face dorsale des orteils sont intacts. La surface plantaire atteinte présente une coloration rose mauve et un épaissement qui n'est pas dû exclusivement à l'hyperkératose mais aussi à un certain degré d'infiltration. L'hyperkératose est peu marquée au centre, tantôt elle va en s'atténuant graduellement vers le bord de la plaque, tantôt elle s'étend jusqu'à ce bord. Elle est composée des lamelles cornées très sèches, très adhérentes, non faibles, non micacées, ne donnant pas le

signe de la tache de bougie. La coloration en est jaunâtre dans les points où elle est la plus épaisse. On y trouve les crêtes papillaires, mais, de plus, la surface est inégale, comme gaufree ou maroquinée. On n'y remarque pas de ponctuation cornée ni de parakératose. La sensibilité est non seulement conservée mais exagérée dans les points malades. Le pied gauche présente des lésions semblables ayant la même topographie, mais non accentuées. La macération dans un pansement humide met en évidence la ponctuation cornée et l'atrophie caractéristique du lupus érythémateux fixe. En effet, quand on lève le pansement on aperçoit nettement en certains points, principalement au niveau de la tête du cinquième metatarsien droit une fine ponctuation blanche sur un fond violacé ; au niveau de la tête du gros orteil droit l'atrophie réticulée est plus apparente.

L'évolution du lupus érythémateux chez cette malade a présenté un entr'acte prolongé. Les lésions actuelles datent de six semaines environ et n'avaient pas été traitées avant son entrée dans le service ; les pieds ont été pris en même temps que la figure et les mains. La première poussée s'était faite à la figure il y a dix ans, alors que la malade avait 15 ans ; elle avait cédé en cinq mois à un traitement par des applications de teinture d'iode et de colle de zinc dans le service de M. Brocq en ne laissant qu'un état légèrement cicatriciel ; les pieds et les mains n'avaient pas été atteints à cette époque. Une période de plus de neuf ans s'est donc écoulée entre les deux poussées. Il n'y a pas lieu d'exposer un diagnostic différentiel pour les lésions plantaires que nous venons de décrire, toutefois nous ferons remarquer que leur nature serait reconnaissable même sans la coïncidence du lupus érythémateux

de la face et des mains. L'examen histologique d'une biopsie faite sur la limite antérieure du placard en bordure du sillon digito-plantaire, nécessairement très petite et peu profonde, montrent des lésions qui cadrent avec le diagnostic de *lupus érythémateux*. On trouve en effet par place une atrophie cornée de l'épiderme malpighien et, dans le corps papillaire, des infiltrats cellulaires groupés en foyer autour des vaisseaux dilatés.

OBSERVATION IV (M. Du Castel).

Paul B..., brossier, 22 ans, salle Cazenave, 71, offre sur la face le type du *lupus érythémateux* décrit sous le nom de : « *vespertillo* », lésions composées d'une rougeur érythémateuse diffuse recouvertes de squames adhérents ; ces lésions occupent symétriquement le nez dans sa presque totalité, les deux joues, les oreilles : là rien de particulier ; le point intéressant de cette observation consiste dans les lésions qui existent sur d'autres parties du corps où il n'est point habituel d'observer le *lupus érythémateux*. Une grande partie des doigts de la main, une partie de sa face dorsale sont aussi le siège d'érythème et de desquamation. Sur le dos des mains et la paume, il existe un certain nombre de petits points isolés malades. La plante des pieds est aussi envahie par la lésion érythémato-squameuse. Sur le tronc et le cou, quelques placards morbides. Sur la voûte palatine, il existe une large nappe cicatricielle bordée en quelques points par un cercle érythémateux.

L'affection a débuté, il y a deux mois, à la partie inférieure de la joue gauche, par une petite plaque morbide.

Elle a envahi par production de plaques morbides similaires, successivement le nez, l'autre joue, les oreilles, les extrémités, le tronc.

Mains : de nombreux placards érythémateux larges et diffus qui recouvrent toute la face dorsale et en partie la face pulmonaire.

Pieds : leur face plantaire, y compris celle des orteils, est le siège d'une infiltration érythémateuse diffuse qui envahit aussi le talon et ne respecte que la partie moyenne de la zone externe de cette face plantaire. Rien sur la face dorsale.

L'état général du malade est excellent. Comme antécédents, une diphtérie, une prédisposition aux engelures ; rien autre chose.

A signaler cependant l'existence de quelques ganglions volumineux et indolents au cou, peut-être une respiration un peu moins nette à l'un des sommets des poumons. Il s'agit donc d'un lupus érythémateux généralisé avec maxima des lésions au niveau de la face, des mains et des pieds.

OBSERVATION V

(Nobl, *Wiener Dermatol. Geselch.* du 10 mars 1921).

Un homme âgé de 46 ans, présente des lésions typiques du lupus érythémateux disséminé de la nuque, du cuir chevelu et des extrémités (la plante des pieds est prise).

Il y a sept ans, alors que la maladie a commencé, le malade a été traité par le mésothorium. Par endroits, les lésions ont regressé.

OBSERVATION VI

(Nobl, *Wiener Dermatol. Geselch.* du 7 décembre 1922).

Malade âgé de 26 ans, de profession mécanicien, présente depuis cinq ans des lésions disséminées du lupus érythémateux. On constate la présence de plaques d'un rose rouge recouvertes d'un enduit squameux au niveau de la face, nuque, sur le thorax.

Il y a trois ans que sont apparues des mêmes lésions du lupus érythémateux aux mains et à la face plantaire des pieds.

OBSERVATION VII

(Kren, *Wiener Derm. Geselch.* du 28 avril 1921).

Malade, âgé de 26 ans, est atteint du lupus érythémateux avec des lésions disséminées au niveau de la face, du pouce gauche, des talons et des deux plantes des pieds.

OBSERVATION VIII

(Polaceck, *Wiener Dermatol. Geselch.* du 23 juin 1927).

Une femme, âgée de 35 ans, est atteinte du lupus érythémateux disséminé de la face, du thorax et des extrémités. On note des lésions typiques du lupus érythémateux au niveau des doigts, des mains et de la plante des pieds. Ces lésions ont évolué depuis huit ans.

OBSERVATION IX

(Ormsby, *Arch. of Dermatol.*, 1930).

Une femme présente des lésions du lupus érythémateux chronique avec atteinte même de la plante des pieds. Ce cas a été présenté par M. Ormsby dans : « The Chicago Dermatological Society ».

Le même auteur avait observé encore avant cinq cas analogues.

TRAITEMENT

Le traitement du lupus érythémateux du dos des mains et de la plante des pieds ne diffère en rien de celui du lupus érythémateux en général.

Nous allons successivement décrire le traitement externe et le traitement interne.

I. — Traitement externe.

Le traitement du lupus érythémateux reposait, jusque dans ces dernières années, à peu près uniquement sur les différentes méthodes chimiques ou physiques de la thérapeutique externe. Les caustiques chimiques et les réducteurs sont de moins en moins employés, remplacés par l'obus de neige carbonique.

La cryothérapie tient la première place non seulement parmi les agents physiques, mais dans toute la thérapeutique externe du lupus érythémateux. L'outillage peu compliqué qu'elle nécessite, sa facilité relative d'application, les résultats souvent excellents qu'elle donne, expliquent la vogue justifiée dont elle jouit. L'action de la cryothérapie est fonction de deux facteurs : la durée d'application et la force de

pression. Les deux doivent varier suivant le but qu'on se propose, c'est-à-dire suivant la forme du lupus érythémateux traité.

II. — Traitement interne.

La cryothérapie qui, seule, dans l'ensemble de tous les traitements externes en usage contre le lupus érythémateux, représente le traitement le plus efficace, n'agit nullement sur la cause même de la maladie, qui peut provoquer de nouvelles lésions, d'où la nécessité de lui adjoindre un traitement interne.

La thérapeutique interne du lupus érythémateux n'est pas encore bien réglée.

Comme médication interne générale, il faut citer : la quinine (traitement des états congestifs) ; l'huile de foie de morue, les différentes préparations iodées et arsenicales ; des préparations destinées à modifier le terrain, à le reminéraliser, à agir sur la nutrition, en particulier les stérols irradiés, les sels de calcium, les produits à base de vitamines. La constatation d'une lésion tuberculeuse, pulmonaire, viscérale ou ganglionnaire commande, de toute évidence, les médications adéquates. De même la constatation d'une syphilis acquise ou héréditaire nécessitera la mise en œuvre d'un traitement antisyphilitique actif.

Les injections de sels de terres rares ont donné quelques améliorations, parfois des aggravations. Il semble bien qu'elles soient abandonnées aujourd'hui.

De toutes ces médications la seule qui mérite d'être

décrite plus largement est la médication bismuthique. M. Sézary, Professeur agrégé, a montré que les sels de bismuth peuvent agir sur le lupus érythémateux indépendamment de toute syphilis. Les sels de bismuth les plus employés sont en général : les iodo-bismuthates, les hydroxydes et les liposolubles. Le rythme des injections sera le même que pour une cure antisiphilitique, c'est-à-dire à raison de deux par semaine.

Certains auteurs en font trois. On pratique ainsi des séries de 12 à 15 injections. Les effets du traitement sont parfois rapides. Sézary, Nicolas, Lacassagne et Rousset ont signalé déjà un résultat appréciable dès la deuxième ou la troisième injection. Parfois la première série d'injections n'amène qu'une disparition partielle des lésions ; après un repos d'un mois, une seconde série est nécessaire ; certains pratiquent ainsi trois et parfois même quatre séries.

Les résultats semblent plus rapides lorsqu'on associe au bismuth la neige carbonique. La bismuthothérapie donnerait de meilleurs résultats dans les cas récents, elle représente le traitement général auquel on doit avoir recours en premier lieu.

Ce n'est qu'en cas d'insuccès qu'on pourra recourir aux sels d'or. Les résultats de cette thérapeutique sont sensiblement égaux à ceux fournis par la bismuthothérapie. Il semble donc que la bismuthothérapie seule ou associée à la cryothérapie constituent actuellement le traitement le plus utile du lupus érythémateux.

CONCLUSIONS

I. — D'une façon générale c'est l'extrémité céphalique qui est le lieu d'élection du lupus érythémateux symétrique dans sa forme chronique.

Des observations montrent qu'il peut cependant assez souvent s'observer aussi bien à la face qu'à la plante des pieds et sur le dos des mains. C'est le type très spécial : « le lupus érythémateux disséminé symétrique des extrémités » isolé par M. Touraine.

Les éléments morbides atteignent le dos des mains et les doigts, la plante des pieds et respectent presque toujours toutes les autres parties du corps. Cette systématisation est très nette dans nos observations.

II. — De nombreux facteurs étiologiques peuvent être envisagés ; il semble que la syphilis et la tuberculose jouent un certain rôle.

III. — Quant à la thérapeutique c'est la bismu-

thothérapie seule ou associée à la neige carbonique qui semble constituer le traitement le plus efficace.

Vu : le Président de la thèse

M. GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Université de Paris,

ROUSSY.

Vu : le Doyen,

TIFFENEAU.

BIBLIOGRAPHIE

- BABONNEIX, RABUT et ROUËCHE. — Lupus disséminé. *Bulletin de la Soc. franç. de pédiatrie de Paris*, 3^e, n° 3, mars 1936, p. 152.
- LE BARON. — Traitement du lupus érythémateux. Thèse de Paris, 1932.
- BROCQ. — Lupus érythémateux. Soc. franç. de dermat. et syphil., 18 déc. 1919.
- DU CASTEL. — Lupus érythémateux avec maxima des lésions au niveau de la face des mains et la plante des pieds. *Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syphil.*, 13 juillet 1899.
- EHRMAN. — Lupus érythémateux. *Arch. f. Derm.*, 141, 908, 1922.
- FISCHL (F.). — Lupus éryt. disséminatus. *Verh. Wienes dermat. ges.*, 230, et 1919. *Arch. f. Derm.*, 133, 131, 1921.
- FUNK (Fr.). — La lutte méthodique contre le lupus. *Annales d'oto-laryngologie*, n° 9, sept. 1936, p. 965.
- FAULKNER. — Lupus éryt. *Arch. f. Dermat. and syphil.*, 1925, p. 672.
- GATÉ (J.), CHANIAL et BOUQUIN. — Le lupus considéré comme une manifestation allergique. *Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et Syphil.*, 7 juillet 1936.
- GATÉ et MICHEL. — Lupus érythémato-nodulaire de la face, Lupus miliaire et érythémato-nodulaire de la jambe droite. Lupus scléreux du pied droit. Réunion dermat. de Lyon, 23 mai 1929. *Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syphil.*, 1929, p. 685.

- GOUGEROT et BURNIER, PETGES. — Lupus éryt., son étiologie et son traitement. Le Congrès de dermat. de langue franç. Lyon, juillet 1934.
- GOUNIN, BIENVENUE, DESANNOY et EZEL. — Lupus érythémateux. Leucocyto-réaction aux sels d'or : terrain tuberculeux. *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 1934, p. 454.
- GOUNIN et BIENVENUE. — Traitement du lupus érythémateux sous le contrôle de la leucocyto-réaction. *Bulletin*, 1934, 470.
- HARRY KEIL. — Relationship between Lupus erythematosus and tuberculosis. A critical Review based on observations at necropsy. *Arch. of Dermat.*, 1939, vol. XXVIII, p. 765.
- JADASSOHN. — Lupus éryth. der Hände. *Verh. Schles. dermat. Ges.*, 2 febr. 1924 ; *Zbl. Hautkr.*, 12, 132, 1934.
- KLEIN. — Lupus éryth. *Arch. of Derm. and syphil.*, 1925, p. 123.
- KREN. — Lupus éryth. der Fuss sohlen. *Wiener dermat. Ges. Sitz.*, 28 avril 1921, *Zbl. Hautkr.*, 1, 457, 1921.
- NOBL. — Lupus an den Zehen kuppen und Fuss sohlen. *Wiener dermat. Ges. Sitz.*, 10 mars 1921 ; *Zbl. Hautkr.*, 1, 220 (1921).
- Lupus der Zehen und Sohlen. *Wiener dermat. Ges.*, 7 déc. 1922 ; *Hautkr.*, 8, 11 (1923).
- RAGAYA. — 2 Fälle von Lupus erythematosus disseminatus. *Jap. Journ. Derm. a. Urol.*, 40, n° 3, 9, 1936.
- ROSEN. — Lupus eryt. *Arch. of Dermat. and syphil.*, février 1932, p. 391.
- SPILMANN, WEISS et ROSENTHAL. — Lupus éryt. Réunion dermat. Nancy, fév. 1932, p. 423 ; *Bullet. Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1932, p. 423.
- SCHMIDT. — Lup-éryt. (face, jambe et bras droit). *Arch. of Dermatol. and Syphil.*, 1925, p. 410.
- SIBLEY. — Lupus éryt. (tête, dos, poitrine, mains). *Proc. of*

- Roy. Soc. of Medic. sect. of Dermatol.*, t. XXII, n° 3, juin 1929, p. 1013.
- SÉZARY (A.) et CHWATT (L.). — Lupus érythémateux pigmenté. *Bullet. de Soc. franç. de dermat. et syphil.*, n° 7, juillet 1936, p. 1546.
- SÉZARY, DUÇOURTIOUX et BARBARA. — Trait. de lupus par l'actinothérapie locale (Lampe de quartz). *Bulletin de Soc. franç. de dermat.*, 1937.
- TOURAINÉ. — Rapport sur les capillarites. *Bull. de la Soc. fr. de D.*, 7 juillet 1937.
- TOURAINÉ et GOLÉ. — Lupus érythémateux symétrique disséminé de la tête, des mains et des pieds. *Bullet. Soc. fr. de dermat.*, 11 mai 1933.
- ULLMANN. — Historische Bemerkungen zur geschichte des Lupus erythematodes. *Delib. Congr. dermat. intern.* Budapest, 1935, p. 707.
- VOLK (R.). — Lupus eryt. mit angiokeratom. *Wiener dermat. ges.*, 19 déc. 1919 ; *Arch. f. Dermat.*, 137, 27, 1921.
- WEISSENBACH, LÉWY, FRANCKEL, FERNET, CALLIAU, et BROCARD. — Micro-lupus folliculaire disséminé. *Bulletin de Soc. franç. de Derm.*, 1935.
- RAOUL. — Lupus éryth. des doigts, des lèvres et des joues datant de la deuxième année de la vie. *Schweiz. medic. Wochenschr.*, 66, n° 39, 26 sept. 1936.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Historique.....	9
Etude clinique	12
Observations	19
Traitement	31
Conclusion.....	34
Bibliographie	36



